

Y4-29

新規透析導入患者数の半減を目指した出雲崎町慢性腎臓病（CKD）対策と病診連携

長岡赤十字病院 腎臓膠原病内科¹⁾、佐藤医院²⁾、磯部医院³⁾、出雲崎町役場⁴⁾、新潟大学第二内科⁵⁾

○山崎 肇¹⁾、井口 昭¹⁾、五十嵐夏恵¹⁾、伊藤 朋之¹⁾、佐伯 敬子¹⁾、佐藤 毅²⁾、磯部 修一³⁾、星野 昌子⁴⁾、山田 佑香⁴⁾、山田 郁子⁴⁾、河野 照郎⁴⁾、成田 一衛⁵⁾

【背景】新潟県出雲崎町は人口5100人の海辺の町であるが、2010年末で透析患者が19人おり、人口比(1/272人)は新潟県で最も高い。2011年5月から5年計画で新規透析導入半減を目指したCKD対策事業が始まり、町の介入で病診連携システムが強化された。行政主導のこの事業を通して、CKDのプライマリケアの問題点を検討した。

【方法】同町のかかりつけ医に通院中で、CKD診療ガイドラインに準拠した紹介基準を満たす患者を検出し、保健師が専門医への受診予約・介助を行った。

【結果】2012年5月末までに42名（55-95歳、平均76.0歳）が当院を受診した。42名中6名はCKDではなく一時的脱水3名、膀胱癌1名、多発性骨髄腫1名、重症糖尿病1名であった。CKD36名(ステージ2:2名、3:28名、4:5名、5:1名)のうち、慢性腎炎症候群は5名のみで、腎硬化症が26名と最多であり、そのうち微量アルブミン尿合併は6名のみであった。その他、2名が腎動脈狭窄症、1名がVitD中毒と診断された。また42名中34名に降圧薬が処方されていたが、利尿薬服用者が29名に及んだ。そのうちの15名に、利尿薬の影響と考えられる血清クレアチニン値の大きな変動や夏季間での過剰降圧が認められた。

【結論】高齢CKD患者にはアルブミン尿を伴わない腎硬化症の患者が多いが、腎動脈狭窄や薬剤性腎障害といった介入可能な病態のオーバーラップの有無を鑑別することが重要である。また高齢高血圧患者、特に利尿薬内服者には、過剰降圧や腎機能悪化をきたさぬよう脱水予防には特に注意が必要であり、患者のみならずプライマリケア医にも啓発が必要と思われた。

Y4-31

糖尿病地域医療連携のシステム構築

小川赤十字病院 看護部¹⁾、企画課²⁾、内科³⁾、医療連携室長⁴⁾、病院長⁵⁾

○金子貴美江¹⁾、橋本かつ子¹⁾、木島 明美¹⁾、内田 貴久²⁾、太根 伸能³⁾、森本 義博⁴⁾、浅野 孝雄⁵⁾

【はじめに】1985年に糖尿病教室を開設後、糖尿病教育入院、療養相談室開設と糖尿病患者のサポート体制を築いてきた。これらの試みを地域医療連携の会で紹介したが「診療所は患者教育、合併症検査に限界がある」との声が聞かれ対応の必要性を感じた。そこで、当院の強みである糖尿病医療・看護を有効に活用した「糖尿病地域医療連携」システムを構築し、地域から糖尿病患者の紹介を受け入れ、夜間の糖尿病患者の急患受け入れ、糖尿病患者の教育・合併症検査を積極的に行う必要があると考え取り組んだので報告する。

【方法】1.過去の紹介、逆紹介施設リストからピックアップした連携先を、連携室看護師と外来看護師長、連携室事務の3人で訪問し、当院の糖尿病に関連した教育・検査内容を紹介。2.週末空きベッドを利用した検査入院システムを構築し、近隣の糖尿病患者の総合的治療と患者教育を担う。

【結果】1.訪問件数：H23.11月7日～H24.2月8日 対象施設数33（訪問29施設・資料送付4施設）2.意見：糖尿病教育があるのを知らなかった。紹介すると患者がそのままだったが、連携とれそう。病院がインスリン導入患者を受け入れ、診療所が内服患者をフォローする連携がほしい。3.糖尿病合併症検査入院患者数は開始後4件、糖尿病教育入院の紹介件数も前年度と比較し上昇。4.栄養指導を目的とした紹介患者数が増加。

【まとめ】糖尿病地域医療連携システム構築のため近隣診療所を訪問し、患者を受け入れる窓口、提供できる内容を紹介し、診療所医師、看護師の意見を情報収集し対応することで近隣施設との垣根が排除され、新たな連携の形を作ることができた。この取り組みは、糖尿病患者のみならず他疾患での紹介患者も増え、病院全体の紹介率上昇まで波及した。

Y4-30

急性期施設から介護施設までの整形外科地域連携システム作り

名古屋第二赤十字病院 整形外科¹⁾、リハビリテーション科²⁾、地域医療連携センター³⁾、薬剤部⁴⁾、栄養課⁵⁾、医療社会事業課⁶⁾

○佐藤 公治¹⁾、安藤 智洋^{1,2)}、古城 敦子³⁾、細江 浩典²⁾、田宮 真一⁴⁾、甲村 亮二⁵⁾、黒木 信之⁶⁾、中川 智美¹⁾

平成24年度の診療と介護報酬の同時改訂において、医療機能再編による機能分化と連携が促された。DPC第二群に入り込めた当院はどう生きるべきか。地域での役割を考えると、やはり救急と高度医療が当院の役目といえる。そのためには緊急の受け入れと早期手術ができるようにしなければいけない。病棟を空けるのに地域連携は要である。病院としては1989年と早くから病診連携を推進してきた。整形外科では1999年からより、小回りの効くように科単位での地域医療連携を行ってきた。医師中心の八事整形会とコメディカル中心の八事整形医療連携会を組織。大腿骨頸部骨折に対して地域連携バスを診療報酬記載以前から運用していた。その後、名古屋の統一バスの原点となった。急性期・慢性期・在宅医療で機能分化し、また地域での治療の標準化をバスで計った結果、総合的な治療期間は減少し、その施設の機能を活かせるようになった。地域での骨粗鬆症予防と転倒予防プロジェクトや救急受け入れ連携のための毎朝情報共有システム、介護施設との意見交換会などを企画。ケアマネージャーなど地域の介護部門医療者とも協働するためNPO法人名古屋整形外科地域医療連携支援センター(<http://norh.umin.jp>)を組織し、一つの医療施設や行政や企業ではできない横断的な医療従事者の支援を開始した。名古屋市内の計画病院を集め名古屋整形外科地域連携会を立ち上げた。大腿骨頸部骨折連携バス拡大合同委員会に深く関わっている。今年から初心に戻り、さらなる医療と介護の協働へのシフトを視野に、老人保健施設や在宅に関わる医療者を役員増加し、八事整形医療連携会を発展させている。

Y4-32

大腸がん連携バスを用いた地域医療機関との連携の現状

武蔵野赤十字病院 外科

○加藤 俊介、嘉和知靖之、長野 裕人、大司 俊郎、高松 督、丸山 洋

がん医療の効率化を図るため、がん治療拠点病院と地域医療機関との連携が重要視されている。北多摩南部医療圏の地域がん診療連携拠点病院である当院では、2006年から武蔵野医師会と大腸がん連携バスの運用を開始し、2009年には杏林大学医学部附属病院、三鷹医師会を加えた4者間に運用を広げている。また、2010年からは東京都連携バス手帳の併用も開始した。大腸がん連携バス作成の経緯および運用実績を報告し、今後の課題を検討する。2006年夏から当科と武蔵野医師会との間で大腸がん手術後のフォローアップについて連携を行うべく協議を開始し、手術・病理所見の概略、術後follow up シート、患者に対する説明用紙からなる連携バスを作成した。「医師会と武蔵野赤十字病院外科との2人主治医制」というスローガンのもと、StageI、II大腸癌を対象に連携バスの運用を開始した。2009年3月までの適応となる武蔵野市民36例中14例(39%)でバスを運用した。

さらに連携を拡大すべく2009年4月からは杏林大、三鷹医師会を交えた四者の間で運用を始めた。2011年4月までの2年間で、対象となる武蔵野・三鷹市民97例が連携バスに基づき、かかりつけ医でフォローアップを受けており、連携バスの運用率は順調にアップしている。この連携は武蔵野・三鷹地域以外に在住の患者にも徐々に拡大している。一方、課題も存在する。1年後の拠点病院への再診率が低く、今後連携バスの適応を拡大するうえでの問題点となっている。2009年度の術後1年再診率は52%で、その後医師会への啓蒙活動により2010年度には66%に上昇した。さらに再診率を上昇させるべく、対策を検討中である。